



FICHE SANITAIRE

2021-2022

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourraient être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Cette fiche vous sera présentée chaque année afin de mettre à jour les modifications si nécessaire.

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

VACCINS

Joindre les photocopies des pages de vaccination à jour, du carnet de santé.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE :	oui	non	COQUELUCHE :	oui	non
VARICELLE :	oui	non	OTITES :	oui	non
ANGINES :	oui	non	ASTHME :	oui	non
RHUMATISMES :	oui	non	ROUGEOLE :	oui	non
SCARLATINE :	oui	non	OREILLONS :	oui	non

GROUPE SANGUIN :

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

...../...../.....
...../...../.....

ALLERGIES ET RECOMMANDATIONS DES PARENTS

→ Allergies médicamenteuses : _____

→ Allergies alimentaires : _____

→ Régime Alimentaire particulier : _____

→ Asthme : oui non

Si oui, merci de fournir le traitement à administrer et l'ordonnance du médecin.

→ Autres recommandations : _____



TRAITEMENTS

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement durant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments, les médicaments dans leur boîte d'origine, avec la notice et marqués au nom de l'enfant.



Aucun médicament ne pourra être donné sans tous ces éléments.

MEDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____



AUTRES INFORMATIONS NECESSAIRES DANS LA CONNAISSANCE DE L'ENFANT :

(Celle-ci sont gardées confidentielles et ne seront communiquées qu'à l'équipe éducative)

Ex : lunettes, prothèses dentaires ou auditives, ...

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° de SS : _____ Centre payeur : _____

N° de Portable : Maman : _____ Papa : _____

N° tél du Travail : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ___/___/___

Signature :